

【内視鏡的大腸粘膜下層剥離術(大腸ESD)】
入院診療計画書

疾患名

主治医

ID

看護師

氏名

薬剤師

栄養士

病棟(病室):

	月 日	1月1日		1月2日	1月3日	1月4日	1月5日	1月6日	1月7日
	手術前日	手術当日(前)	手術当日(後)	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目
目標	手術の必要性、内容について理解できている 不安なく手術が受けられる						退院後の生活の注意点が分かる 異常の対処法、受診の方法が分かる		
内服	持参薬を確認します	7時から洗腸剤を飲みます 洗腸剤を飲みます (便が透明になるまで) 21時に下剤を飲みます							
点滴 注射	点滴をします▶			点滴終了予定です				
検査				採血をします					
処置	検温・血圧測定します(毎日).....▶								
		義歯・金属類をはずしてください 検査着に着替えます 弾性ストッキングをはきます							
食事	絶食です 水・お茶は飲めます	朝から飲食 できません	飲食できません	採血結果確認後、 水・お茶を飲めます	流動食がでます	3分粥です	5分粥です	全粥です	全粥です
清潔			シャワー・入浴できません	洗面はできます	シャワー・ 入浴できます				
排泄		術前に尿の管を入れます		尿の管を抜きます トイレ歩行できます					
安静	制限 ありません		ベッド上安静です	採血結果確認後、 トイレ、洗面は歩けます		病棟内は 歩けます	制限 ありません		
説明 指導	入院・手術について 説明します 薬について説明します							退院の説明をします 異常がなければ 翌日退院できます	
症状					特別な 栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	日常生活能力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要な状態です	
本人・家族の要望							認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります	
看護計画等							気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります	

本人氏名	<input type="text"/>
親族又は代理人氏名	続柄: <input type="text"/>

説明日 西暦 年 月 日

主治医氏名

総合評価の結果

患者氏名 _____ 0 _____ 様

当院では、入院患者様が入院早期より退院後にどのような生活を送るかということを念頭においた医療を受けることができるために、入院中に総合的な機能評価を行っております。その結果をお知らせします。

項目	結果	結果の評価	
基本的ADL	／5点	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 個別支援 ()
手段的ADL	／5点	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 個別支援 ()
運動・転倒	／5点	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 個別支援 ()
認知機能	／5点	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 個別支援 ()
情緒・気分	／5点	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 個別支援 ()
意欲	／5点	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 個別支援 ()

※個別支援が必要な場合は、別紙の計画表に基づいて説明をします。

主治医氏名 _____ 0 _____